

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Versicherung (AVB)

(Stand: 01.01.2009)

## § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem im Ausland unvorhergesehen eingetretenen Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und den schriftlichen Vereinbarungen. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
4. Versicherungsfähig sind Personen bis zum vollendeten 69. Lebensjahr, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt. Bereits versicherte Personen sind auch über das 69. Lebensjahr hinaus versicherungsfähig.
5. Versichert sind in der Einzelversicherung Personen gegen Einzelbeitrag oder in der Familienversicherung gegen Familienbeitrag der im Antrag namentlich benannte Ehegatte oder Lebenspartner des Versicherungsnehmers und deren leibliche oder adoptierte Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Auch die Kinder sind bei Antragstellung anzuzeigen. Voraussetzung für die Mitversicherung ist das Zusammenleben aller versicherten Personen in häuslicher Gemeinschaft.
6. Versichert ist die Heilbehandlung im Ausland. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb Deutschlands.
7. Der Versicherungsschutz besteht für alle vorübergehenden Auslandsreisen, die von der versicherten Person innerhalb eines Versicherungsjahres angetreten werden. Die Dauer des einzelnen Auslandsaufenthaltes darf dabei jedoch einen Zeitraum von 6 Wochen (42 Tage) nicht überschreiten. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 6 Wochen hinaus besteht Leistungspflicht nur für die ersten 6 Wochen des Auslandsaufenthaltes. Endet das Versicherungsjahr während des Auslandsaufenthaltes, besteht der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist.

Der Versicherungsschutz kann durch schriftliche Vereinbarung auf vorübergehende Auslandsreisen bis zu 12 Wochen ausgedehnt werden. Der Antrag auf Ausdehnung muss vor Reiseantritt gestellt werden und kann nur nach Wochen bemessen werden. Der Beitrag für die Ausdehnung des Versicherungsschutzes richtet sich nach den jeweils beantragten Verlängerungswochen.

## § 2 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes.
2. Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags bzw. der Auslieferung des Versicherungsscheins zustande. Wird der Abschluss des Versicherungsvertrages auf dem vom Versicherer speziell hierfür vorgesehenen Antrag ordnungsgemäß beantragt (maßgebend ist das Datum des Poststempels), gilt der Versicherungsvertrag als geschlossen und der Beitrag als bezahlt, sofern eine Beitragseinzugsermächtigung abgegeben wird, aufgrund derer ein ordnungsgemäßer Einzug des Erstbeitrages erfolgt. Als Versicherungsschein gilt auch die Kopie/Durchschrift des Antrags oder eine entsprechende schriftliche Bestätigung des Versicherers.
3. Die Umwandlung der Einzelversicherung in die Familienversicherung oder der Familienversicherung in eine Einzelversicherung kann unterjährig vereinbart werden. Auch die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf vorübergehende Auslandsreisen bis zu 12 Wochen kann unterjährig vereinbart werden. Bei Neugeborenen muss die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt erfolgen. Der Versicherungsschutz beginnt dann rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats.
4. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer zum Ende eines Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt wird. Der Versicherungsvertrag endet nicht durch Vollendung des 69. Lebensjahres.
5. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt.
6. Eine Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf vorübergehende Auslandsaufenthalte über 6 Wochen hinaus gilt mindestens für ein volles Versicherungsjahr, bei unterjährigem Beginn bis zum Ende des darauf folgenden Versicherungsjahres. Sie verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr, wenn nicht durch den Versicherungsnehmer zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von 1 Monat eine Verkürzung beantragt wird.

7. Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Der Versicherungsvertrag endet ferner mit der Aufgabe des ständigen Wohnsitzes des Versicherungsnehmers in Deutschland, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Für den Fall der Aufgabe des ständigen Wohnsitzes einer versicherten Person in Deutschland endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Für die in der Familienversicherung mitversicherten Kinder endet das Versicherungsverhältnis spätestens zum Ende des Monats, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird.

### § 3 Umfang der Leistungspflicht

1. Der Versicherer erstattet zu 100 % die im Ausland entstandenen Heilbehandlungskosten für
  - a) ärztliche Behandlung einschließlich Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, Fehl- und Frühgeburt (vgl. hierzu § 4 Abs. 1d),
  - b) Arznei- und Verbandmittel,
  - c) Heilmittel,
  - d) Hilfsmittel in Form von Stützapparaten (Gehstützen oder Schienen) sowie Bandagen in einfacher Ausführung,
  - e) Krankenhausbehandlung einschließlich Operationen und Operationnebenkosten,
  - f) Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus,
  - g) schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie einfache Reparaturen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit von Zahnersatz.
2. Anstelle der Kostenerstattung kann bei einer Krankenhausbehandlung ein Krankenhaustagegeld von 26 EUR pro Tag gewählt werden.
3. Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
4. Arznei-, Verband- und Heilmittel und die unter Abs. 1d) aufgeführten Hilfsmittel müssen von den in Abs. 3 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
5. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
6. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
7. Darüber hinaus sind folgende Aufwendungen erstattungsfähig:
  - a) die notwendigen Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport. Dieser liegt vor, wenn für die Rückreise aus Krankheitsgründen die Benutzung einer besonderen Krankentransporteinrichtung (z. B. Krankenwagen, Krankenliege im Flugzeug) notwendig ist, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist oder wenn nach Art und Schwere der Erkrankung eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. Mitversichert sind auch die Mehrkosten einer krankheitsbedingt außerplanmäßigen Rückreise (z. B. Kosten der Umbuchung von Flug- oder Bahnreisen in der von der versicherten Person ursprünglich gewählten Beförderungsklasse) sowie die Kosten für eine medizinisch notwendige Begleitperson oder eine Begleitperson, die beim Versicherer Auslandsreisekrankenversicherungsschutz für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport unterhält.
  - b) Kosten bis zu 2.500 EUR, wenn die versicherte Person einen Unfall erleidet und deswegen gesucht, gerettet oder geborgen werden muss, sofern die Leistung von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten erbracht wird.
  - c) bei Tod einer versicherten Person während der Reise
    - Überführungskosten zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise. Hierzu zählen die Transportkosten und die damit unmittelbar in Zusammenhang stehenden Kosten, nicht jedoch die Kosten für eine Begleitperson oder
    - Beisetzungskosten im AuslandAnstelle der Kostenerstattung für Überführung oder Beisetzung im Ausland kann ein Sterbegeld von 1.000 EUR gewählt werden.
8. Die Leistungspflicht endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – spätestens mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Sie endet zudem mit Ablauf der sechsten Woche eines Auslandsaufenthaltes, sofern vor Reiseantritt keine Verlängerung des Versicherungsschutzes beantragt wurde.
9. Ist die Rückreise zu einem in § 1 Abs. 7 genannten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis zum Eintritt der Transportfähigkeit.

**§ 4  
Einschränkung der  
Leistungspflicht**

1. Keine Leistungspflicht besteht
  - a) für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
  - b) für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anlage) oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
  - c) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie, Hilfsmittel (soweit diese nicht in § 3 Abs. 1d) AVB genannt sind) sowie für Zahnersatz, Zahnsanierungen, Zahnkronen, Inlays und kieferorthopädische Behandlung;
  - d) für routinemäßige Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und geplanten Schwangerschaftsabbruchs sowie deren Folgen;
  - e) für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Teilnahme an inneren Unruhen verursacht worden sind;
  - f) für auf Vorsatz und Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
  - g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
  - h) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
  - j) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anlage), Eltern und Kinder;
  - k) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
3. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, der Beihilfe, einer gesetzlichen Heil- oder Unfallfürsorge (gesetzliche Träger), so sind nur die Aufwendungen erstattungsfähig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
4. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

**§ 5  
Auszahlung der  
Versicherungsleistung**

1. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist durch Vorlage der Rechnungsurschriften zu belegen. Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person enthalten. Rechnungszweitschriften, die Erstattungsbescheinigungen der in § 4 Abs. 3 genannten gesetzlichen Träger ausweisen, werden Urschriften gleichgestellt.
2. Die Belege müssen ferner die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Für andere Leistungen sind die entsprechenden Nachweise zu erbringen. Die Leistungen der gesetzlichen Träger sind durch einen Leistungs- oder Ablehnungsvermerk nachzuweisen. Die Berechtigung des Anspruches auf Transportkosten ist durch Vorlage eines ärztlichen Attestes mit Angabe der Krankheitsbezeichnung, die Berechtigung des Anspruches auf Überführungs- bzw. Beisetzungskosten durch Vorlage einer amtlichen Sterbeurkunde und einer ärztlichen Bescheinigung über die Todesursache nachzuweisen.
3. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Der Versicherer ist berechtigt, beglaubigte Übersetzungen der Belege und Zahlungsnachweise vor der Rechnungsbegleichung zu verlangen.
4. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 (s. Anhang).
5. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt ist. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
6. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.
7. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank. Für Währungen, für die die Europäische Zentralbank keinen Referenzkurs ermittelt, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
8. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

**§ 6  
Beitragszahlung**

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten. Versicherungsnehmer, die darüber hinaus noch Krankenversicherungen beim Versicherer unterhalten, können den Beitrag zusammen mit dem der anderen Tarife unterjährig entrichten. Die Beitragsraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Ver-

sicherungsjahres neu festgesetzt (z. B. wegen Umwandlung in eine Familienversicherung oder Ausdehnung des Versicherungsschutzes), so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

2. Der Erstbeitrag bzw. die erste Beitragsrate ist vor Versicherungsbeginn bzw. bei Antragstellung, spätestens bei Abschluss des Versicherungsvertrages, zahlbar. Die Erteilung einer Beitragseinzugsermächtigung, aufgrund derer ein ordnungsgemäßer Einzug des Beitrages erfolgt, gilt als Zahlung.
3. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tag der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
4. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 Abs.1, 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, die dem Versicherer entstanden sind.

## **§ 7 Obliegenheiten**

1. Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen muss bis spätestens 3 Monate nach Ablauf der Versicherung geltend gemacht werden. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
2. Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Festlegung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
3. Außerdem ist die versicherte Person verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen. Insbesondere ist er verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers Ärzte, Krankenanstalten, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Versicherer zu entbinden und diese zur Auskunftserteilung zu ermächtigen.
4. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
5. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
6. Der Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der vorstehenden Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## **§ 8 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

## **§ 9 Aufrechnung**

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

## **§ 10 Willenserklärungen und Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

## **§ 11 Gerichtsstand**

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

## **§ 12 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Beiträge**

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen von Tarif MediTravel können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb eines Monats vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

# Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

## § 14

### Fälligkeit der Geldleistung

1. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
2. Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
3. Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

## § 28

### Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

1. Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
2. Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
3. Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
4. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

## § 37

### Zahlungsverzug bei Erstprämie

1. Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
2. Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

## § 38

### Zahlungsverzug bei Folgeprämie

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2. und 3. mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
2. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
3. Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2. bleibt unberührt.

## § 86

### Übergang von Ersatzansprüchen

1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
2. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
3. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1. nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

## Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

### § 1

#### Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts gründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
  1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
  2. zwischen Personen, die in gerader Linie verwandt sind;
  3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
  4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.